

診療予約申込書

※救急患者の場合はFAXでなく、お電話をお掛け下さい
048(663)1671(代表)

・別途、診療情報提供書が必要になります。診療日当日、患者様にお持ちいただけますようお願いいたします。

・ご希望の診療科にレ点をお付けください。

内科 (循環器科 呼吸器科 消化器科 腎臓内科 _____)

泌尿器科 ※口腔外科、産婦人科、小児科午後は直接診療科外来にてご予約となります。

☆ 肺がん二次精密検査は、一次検査結果の判定内容により異なりますので下記よりお選びください。

「D2・D4・E1・E2」はCT検査及び内科小山医師診察予約

「D3」は循環器内科の診察予約

※「D1」は対応しておりません。結核専門外来の病院へご相談ください。

・診療情報提供書に依頼医師名がある場合はお書き下さい。

医師名: _____

<依頼元医療機関情報>

医療機関名(フリガナ)	電話番号	FAX番号

<患者情報>

氏名(フリガナ)	性別	生年月日	年齢
	男・女	大正 昭和 平成 年 月 日	
自宅電話番号	携帯電話番号		
現住所	〒		
傷病名及び紹介目的			
第一希望日	第二希望日	第三希望日	
月 日 () 午前・午後	月 日 () 午前・午後	月 日 () 午前・午後	

ご予約をいただきありがとうございます。上記項目をご記入の上、FAX送信をお願いいたします。

日程が確定いたしましたら「診療予約受付票」をFAX返送させていただきます。



JCHOさいたま北部医療センター
地域医療連携室
FAX番号

048-613-3925